

## 定年齢ドック受診日の変更届書

所属コード	所属所名	職員番号 (氏名の記入は必要なし)	所属電話番号	
			—	—
医療機関名			決定していた日	
絶対都合の 悪い 月日 ・ 曜日	月 日 ~ 月 日			
	月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日			
◎変更届提出の理由（詳しく記入してください）				
※共済記入欄	公立学校共済組合福井支部長 様		令和	年 月 日
変更後の健診機関名			消	入
			病院連絡	
変更後の日程			郵 送	
			ノト入替え	
			PC入替え	
			通 知 書	
			利 用 券	

注：FAXのため文字がつぶれて読みにくい場合があります。楷書で丁寧に記入ください。

- ★ 職員番号は、氏名等を特定するための情報です。間違えないように記入してください。
- ☆ 医療機関名、決定していた日は決定通知に記載されている病院名と日付を記入してください。
- ☆ 「絶対都合の悪い月日・曜日」は再決定するうえで参考にさせていただきますが、病院の日程や定員枠の関係上希望どおりにならないことがあります。

所属所コード：\_\_\_\_\_

所属所名：\_\_\_\_\_

TEL：\_\_\_\_\_

担当者名：\_\_\_\_\_

## 希望人間ドックキャンセル届書

(定年齢ドックは別紙 1)

職員番号 (氏名の記入は必要なし)	キャンセル医療機関名	キャンセル日
ドック種別		
<input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1日(胃透視) <input type="checkbox"/> 35歳1日 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 配偶者1日		
キャンセルの理由 (詳しく記入してください)		
※共済記入欄		消
		病院連絡
		郵 送
		ノト入替え
		PC 入替え
		通 知 書
		利 用 券

注：FAX のため文字がつぶれて読みにくい場合があります。楷書で丁寧にご記入ください。

注：再度希望の組合員は、空き募集時等に、添付されている用紙でお申し込みください。

公立学校共済組合福井支部長 様

令和 年 月 日

★ FAX 0776 - 20 - 0670 担当 厚生グループ